**ANEXO 2**

**HOJA DE VIDA**

FONDO BLANCO

**FOTO**

De PERFIL

FONDO BLANCO

**FOTO**

De Frente

# NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

**EMPRESA PÚBLICA MANCOMUNADA DE TRÁNSITO, TRANSPORTE TERRESTRE Y SEGURIDAD VIAL DE TUNGURAHUA “EPM-GESTITRANSV-T”.**

## 1.- DATOS PERSONALES

**Nombre de Postulante:**

**Lugar de Nacimiento:**

**Nombre del Padre:**

**Nombre de la Madre:**

**Número de Hermanos: Lugar que ocupa:**

**Cantón de Residencia: Tiempo de Residencia**

**en el Cantón:**

**Fecha de Nacimiento Edad a la Presentación**

Años/ Meses/ Días

Día /Mes /Año

**Dirección Domiciliaria:**

Parroquia

Cantón

Provincia

Dirección

# Teléfono(s):

Convencionales

Celular o Móvil

**Correo electrónico:**

**Cédula de Identidad:**

#

**Establezca su autodefinición étnica (sólo para ciudadanas/os ecuatorianas/os):**

Marque una “x” sobre el grupo étnico al cual Ud. define que pertenece: Afro ecuatoriano

 Montubio

 Indígena

 Mestizo

 Blanco

 Otros:

**¿Sufre de Alguna enfermedad Catastrófica?** ¿SÍ NO Cuál?

**¿Se encuentra a cargo de una persona con discapacidad severa o enfermedad catastrófica?** SÍ NO

 **Si se encuentra a cargo de una persona con discapacidad severa o enfermedad catastrófica, señale:**

 **a) Nombre de la persona con enfermedad o discapacidad:**

 **b) Cédula de Identidad de la persona mencionada:**

**c) Nº del Certificado del CONADIS de la persona mencionada:**

## 2.- INSTRUCCIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel de****Instrucción** | **Nombre de la Institución Educativa** | **Título Obtenido** | **Lugar****(País y ciudad)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 3.- TRAYECTORIA LABORAL (EXPERIENCIA LABORAL)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHAS DE TRABAJO** | **Organización/ Empresa;** **y el país donde laboró** | **Denominación del Puesto** | **Responsabilidades /Actividades/Funciones** | **Razones de salida** |
| DESDE(dd/mm/aa) | HASTA(dd/mm/aa) | Nº meses/ años |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

## 4.- CAPACITACIÓN:

(Incluya únicamente los eventos de capacitación relacionados con el puesto al que está postulando, efectuados en los últimos cinco años. Si es necesario, incluya más filas en la siguiente tabla)

| **Institución** | **Tipo de evento** | **Área de estudios** | **Nombre del Evento** | **Días** | **Horas** | **Fecha** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**SOLO PARA PERSONAS QUE LABORARON O LABORAN COMO SERVIDORAS/ES PÚBLICOS: RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO, EN LOS TRES ÚLTIMOS PERÍODOS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Período de** **Evaluación** | **Institución en la cual se efectuó la evaluación** | **Evaluación Obtenida****(En letras y números)** |
|  |  |  |  |

**UBICACIÓN DE DOMICILIO**

Adjunte el CROQUIS en formato digitalizado, de la ubicación de la casa donde habita, visto desde Google Maps. Coloque las referencias e información que sea necesaria para su fácil localización.

**NOMBRE DEL ASPIRANTE:**

**PROVINCIA:**

**CANTÓN:**

**PARROQUIA:**

**CIUDADELA:**

**DIRECCIÓN (CALLES):**

**VIVIENDA: PROPIA ( ) ALQUILADA (…) OTROS (…)**

**CROQUIS**

OBSERVACIONES:

DECLARACIÓN: DECLARO QUE, todos los datos consignados en este formulario son verdaderos y no he ocultado ningún acto o hecho, por lo que asumo la responsabilidad, de lo informado.

Acepto que esta postulación sea anulada en caso de comprobar falsedad o inexactitud en alguna de sus partes, y me sujeto a las normas establecidas por la Institución y otras disposiciones legales vigentes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre del o la Postulante Firma

**C.I.**

**Lugar y Fecha de Presentación:**